Deutscher Bundestag
11. Wahlperiode

Drucksache 11/6240

17. 01. 90

Sachgebiet 860

Entschließungsantrag

der Fraktion der SPD

zu der Erklärung der Bundesregierung zu den Erfolgen der Gesundheitsreform

Der Bundestag wolle beschließen:

I.

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Das mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen am 25. November 1988 verabschiedete und am 1. Januar 1989 in Kraft gesetzte sogenannte Gesundheitsreformgesetz ist

   — sozial ungerecht, weil es einseitig Patienten und Versicherte belastet und die Anbieter von Gesundheitsleistungen schont;

   — sozialpolitisch schädlich, weil es das tragende Prinzip unseres Sozialstaates, den Grundsatz der Solidarität, aushöhlt;

   — gesundheitspolitisch falsch, weil es sich auf symptomatische Kostendämpfung beschränkt, die überhöhten Gesundheitsausgaben verursachenden strukturellen Mängel des Gesundheitswesens aber unangetastet läßt;

   — verteilungspolitisch einseitig, weil es durch drastische Anhebung der Selbstbeteiligungselemente die Finanzierungsverteilung im Gesundheitswesen zugunsten der Arbeitgeber und zu Lasten der Arbeitnehmer verändert und so Umverteilung von unten nach oben bewirkt;

   — strukturpolitisch unwirksam, weil es der Krankenversicherung die wirksame und angemessene Mitwirkung an der Gestaltung unseres Gesundheitswesens durch Verweigerung der notwendigen neuen Rechte versagt;

   — ordnungspolitisch verfehlt, weil es die dringend notwendige durchgreifende Umsteuerung des Gesundheitswesens in Richtung auf vorbeugenden Gesundheitsschutz und Krankheitsverhütung unterläßt und den eingetretenen grundlegenden Wandel in den Formen möglicher Gesundheitsgefahren für die Bürgerinnen und Bürger schlichtweg mißachtet.

2. Der Entwurf des sogenannten Gesundheitsreformgesetzes (Drucksache 11/2237) sah in der Prognose der finanziellen Auswirkungen für das erste Jahr nach Inkrafttreten vor, daß 6,4 Mrd. DM in der gesetzlichen Krankenversicherung für Beitragssatzsenkungen zur Verfügung stünden. Dies hätte einem Rückgang des durchschnittlichen Beitragssatzes von 12,9 Prozent auf 12,2 Prozent zum 1. Januar 1990 entsprochen.

   Die tatsächlich eingetretene Entwicklung entlarvte diese „Prognose" der Bundesregierung als blanke Spekulation. Einem nach ersten Schätzungen der Krankenkassen direkt auf das sogenannte Gesundheitsreformgesetz zurückzuführenden Einsparpotential von ca. 4 Mrd. DM im Jahre 1989 steht eine durchschnittliche Beitragssatzsenkung der Krankenkassen von rund 0,15 statt der geschätzten 0,7 Prozentpunkte gegenüber. Hinzu kommt, daß die zukünftige finanzielle Entwicklung der GKV infolge der erheblichen Mängel des Gesetzes mit spürbaren finanziellen Risiken belastet ist. Dies bezieht sich vor allem auf die Ausgabenentwicklung in den gesetzlich völlig unberücksichtigt gebliebenen Bereichen ärztliche Honorierung, zahnärztliche Honorierung und Krankenhauspflegesätze, also vor allem auf die Einkommen der Anbieter von Gesundheitsleistungen.

3. Dem von den Krankenkassen für 1989 geschätzten und im sogenannten Gesundheitsreformgesetz begründeten Einsparpotential von ca. 4 Mrd. DM steht eine spürbare Erhöhung der finanziellen Eigenleistung der Kranken unter den Versicherten gegenüber. Durch Ausdehnung von Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen, durch Leistungskürzungen oder Leistungsstreichungen erhöhten sich die Direktleistungen der Patienten von 7,2 Mrd. DM im Jahre 1988 auf ca. 11 Mrd. DM im Jahre 1989, also um 3,8 Mrd. DM. Dies zeigt, daß die 1989 erzielten Einsparungen von ca. 4 Mrd. DM im wesentlichen von den Patienten durch erhöhte Zuzahlungen und Leistungskürzungen aufgebracht worden sind und belegt die sozial schädliche Einseitigkeit in der Wirkung des sogenannten Gesundheitsreformgesetzes.

   Zugleich wird deutlich, daß der Netto-Einspareffekt des Gesetzes 1989 minimal ist. Der über Beiträge der Versicherten finanzierte Ausgabesektor des Gesundheitswesens hat sich um 4 Mrd. DM verringert, der über finanzielle Direktleistungen der Patienten um 3,8 Mrd. DM erhöht. Die wesentliche Wirkung des Gesetzes liegt also in der finanziellen Umverteilung von gesund auf krank, aber auch – bezogen auf die Kostenverteilung auf Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite – in der Entlastung der Arbeitgeber und Belastung der Arbeitnehmer.

4. Die tatsächlich eingetretene Entwicklung bestätigt nicht nur die Berechtigung der Kritik an der Solidität und der sozialen Ausgewogenheit der von der Bundesregierung propagierten finanziellen Auswirkungen des sogenannten Gesundheitsreformgesetzes. Sie belegt auch, daß die ersten Ergebnisse des von der Bundesregierung als „Herzstück" der Reform

bezeichneten Festbetragsmodells im Arzneimittelbereich zugleich seine Fragwürdigkeit bestätigen.

Die Absicht, in der Stufe 1 der wirkstoffgleichen Präparate die Festbeträge bis 30. Juni 1989 festzulegen, konnte wegen erheblicher Probleme nicht verwirklicht werden. Erst seit 1. September 1989 sind für zehn, seit 1. Januar 1990 für fünf weitere Wirkstoffe Festbetragsregelungen in Kraft. Es ist damit zu rechnen, daß das Festbetragsverfahren in der Stufe 1 nicht vor Ende 1991 zum Abschluß gebracht werden kann. Kaum zu überwindende Schwierigkeiten stehen dem Festbetragsverfahren in den Stufen 2 (vergleichbare Wirkstoffe) und 3 (Stoffe mit vergleichbarer Wirkung) entgegen. In der Stufe 2 kann nur mit sehr wenigen, in der Stufe 3 mit keinen Festbetragsregelungen gerechnet werden.

Insgesamt muß damit gerechnet werden, daß allerhöchstens 50 Prozent der Präparate festbetragsfähig sein werden. Sicher ist aber bereits jetzt, daß zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der 15-Prozent-Zuzahlung für nicht festbetragsfähige Arzneimittel am 1. Januar 1992 diese Quote bei weitem nicht erreicht sein wird.

Die dem Festbetragskonzept von der Bundesregierung beigelegte Einsparwirkung hat sich in der tatsächlich eingetretenen Entwicklung als unseriös und spekulativ herausgestellt. Von den ersten zehn mit Festbeträgen belegten Wirkstoffen sind, bezogen auf das Jahr 1989, Einsparungen in Höhe von 370 Mio. DM erreicht worden. Zugleich haben aber die Pharma-Unternehmen beginnend mit dem Festbetragsverfahren im Februar 1989 kompensatorische Preiserhöhungen im nicht-festbetragsfähigen Marktsegment durchgesetzt, die zu Mehrausgaben von 240 Mio. DM geführt haben. Der Netto-Einspareffekt durch Festbeträge im Jahre 1989 beläuft sich also auf 130 Mio. DM.

Vor dem Hintergrund, daß allenfalls 50 Prozent der Präparate festbetragsfähig sein werden, bleibt den Unternehmen der pharmazeutischen Industrie demnach auch in Zukunft ein breites Marktsegment, mit dem durch kompensatorische Preiserhöhungen Umsatzverluste durch erzwungene Preissenkungen im Festbetragsbereich ausgeglichen werden können. Darüber hinaus muß berücksichtigt werden, daß die erste, am 1. September 1989 in Kraft getretene Festbetragstranche die an Umsatzvolumen bei weitem größte war. Von Tranche zu Tranche werden die Umsatzvolumina – und somit auch die Einsparmöglichkeiten – zukünftig abnehmen. Dies läßt das von der Bundesregierung dem Festbetragskonzept beigegebene Einsparpotential in Höhe von knapp 2 Mrd. DM als völlig abwegig erscheinen.

II.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung daher auf, die mit dem sogenannten Gesundheitsreformgesetz eingeleiteten Fehlentwicklungen umgehend zu korrigieren und mit einer Novellierung des Gesetzes ein Konzept einer wirklichen Gesundheitsreform vorzulegen. Dabei sind die im folgenden aufgeführten Regelungen zu treffen:

1. Das Verhältnis zwischen Krankenkassen einerseits und Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, pharmazeutischen Unternehmen und weiteren Leistungserbringern andererseits ist neu zu ordnen. Die Interessen der Patienten stehen dabei im Mittelpunkt, Regelungen durch die Selbstverwaltung ist Vorrang vor Regelungen durch staatliche Instanzen zu gewähren.

   — Die Organisation der gesundheitlichen Versorgung der Krankenversicherten wird bürgernah in die Regionen verlagert.

   — Der Auftrag zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung wird gemeinsame Angelegenheit der Selbstverwaltung der Betroffenen: der Krankenkassen als Verantwortliche für die Finanzierung und Vertretern der Patienten- und Versicherteninteressen, der Gebietskörperschaften als in der Region politisch Verantwortliche und der Leistungserbringer als Verantwortliche für die Durchführung der Leistungen.

   — Krankenkassen, Gebietskörperschaften und Leistungserbringer bilden dazu die gemeinsame, drittelbeteiligt zusammengesetzte regionale Gesundheitskonferenz, die mit allen anderen im Gesundheitswesen tätigen Gruppen – auch aus der Selbsthilfe – zusammenarbeitet.

   — Die Aufgaben der Bedarfsplanung, die bisher auf Landesebene wahrgenommen wurden, gehen an die Regionen. In der ambulanten Versorgung gehen sie von den kassenärztlichen Vereinigungen und in der stationären Versorgung von den Ländern auf die regionale Gesundheitskonferenz über.

   — Die Erfüllung der Bedarfsplanung obliegt den Krankenkassen. Sie sichern sich vertraglich (z. B. durch Ausschreibungen) aus dem regionalen Gesamtangebot des ambulanten und stationären Bereichs den Teil, den der Bedarfsplan vorsieht (Einkaufsmodell) und erstellen gemeinsam mit den Leistungserbringern Regeln zur Sicherung der Leistungs- und Kostentransparenz.

   — Die regionale Gesundheitskonferenz setzt die Empfehlungsgrößen des Orientierungsrahmens für die Region um. Sie konkretisiert die Prioritäts- und Zielplanung sowie den Finanzrahmen für die Region.

   — Preise, Honorare und Pflegesätze werden grundsätzlich auf dem Verhandlungswege gemeinsam von den Krankenkassen und den jeweiligen Leistungserbringern in der Region festgelegt. Für den Fall einer fehlenden Einigung ist ein unabhängiges Schiedsverfahren obligatorisch.

   — Preise, Honorare und Pflegesätze werden so verändert, daß von ihnen Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten ausgehen. In der kassenärztlichen Versorgung soll die Einzelleistungsvergütung durch diagnoseabhängige Fallpauschalen oder andere Honorarformen ersetzt werden, die zu einem angemessenen Behandlungsaufwand führen und die den Gefah-

ren einer Maximal- oder einer Minimalversorgung begegnen. In der stationären Versorgung werden degressive Pflegesätze, gestufte Pflegesätze oder ebenfalls diagnoseabhängige Fallpauschalen erprobt.

— Die vertraglich zur Versorgung verpflichteten Ärzte und Zahnärzte schließen sich zur regionalen kassenärztlichen/kassenzahnärztlichen Vereinigung, die vertraglich verpflichteten Krankenhäuser zur regionalen Kassenkrankenhausvereinigung als Körperschaften des öffentlichen Rechtes zusammen. Sie sind die Verhandlungspartner der Krankenkassen.

— Die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln erfolgt durch Apotheken. An ihrem öffentlichen Versorgungsauftrag wird ebenso festgehalten, wie an dem sich daraus als Konsequenz ergebenden einheitlichen Apothekenabgabepreis mit administrativ fixierter Handelsspanne (Arzneitaxe).

— Die reginale Organisierung des Gesundheitswesens gilt nicht für die Grundsätze der Arzneimittelversorgung, sie sind vielmehr auf Bundesebene festzulegen.

— Kassenärzte, Apotheker und Krankenkassen gründen ein gemeinsames Arzneimittel-Institut für die kassenärztliche Versorgung, daß das Gesamtangebot an Arzneimitteln im Hinblick auf die Eignung der einzelnen Präparate für die kassenärztliche Verordnung bewertet. Die geeigneten Präparate werden in einem Vorschlag zusammengefaßt, der auch die verschiedenen Therapierichtungen berücksichtigen muß.

— Über die in diesem Vorschlag aufgeführten Präparate führen die Krankenkassen Preisverhandlungen mit den pharmazeutischen Herstellern. Präparate, über deren Preis Einvernehmen erzielt wurde, werden in eine Positiv-Liste verordnungsfähiger Arzneimittel aufgenommen. In der Positiv-Liste sind die unterschiedlichen Therapierichtungen angemessen zu berücksichtigen. Die Verhandlungsparteien können bei Nichteinigung ein Schiedsverfahren vereinbaren.

2. Das Krankenversicherungssystem wird einer Organisationsreform unterzogen. Dabei ist die Sicherung folgender Grundziele unabweisbar:

   a) Das Prinzip der Solidarität muß umfassend und durchgängig verwirklicht werden;

   b) das Prinzip der Sachleistung muß Regelformen der Leistungsgewährung bleiben;

   c) die Krankenversicherung wird durch Beiträge finanziert, die sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten richten;

   d) alle Versicherten erhalten gleiche Rechte und unterliegen gleichen Pflichten;

e) alle Krankenkassen werden gleichberechtigt. Für sie gilt ein gleiches Beitrags-, Leistungs-, Mitgliedschafts- und Vertragsrecht;

f) das Prinzip der Selbstverwaltung bleibt erhalten. Ihre Organisation wird durch die Übertragung neuer Rechte gestärkt. Das Recht der Selbstverwaltung wird für alle Kassenarten einheitlich und entsprechend der neuen Aufgabenstellung ausgestaltet.

Die Erfüllung dieser Grundziele soll durch die Verwirklichung nachfolgender Einzelmaßnahmen sichergestellt werden:

— Um eine tragfähige Solidargemeinschaft zu erreichen, muß zukünftig für die Krankenversicherung die Versicherungspflichtgrenze entfallen. Wie bereits in der Rentenversicherung besteht künftig auch in der Krankenversicherung Versicherungspflicht für alle Arbeiter und Angestellten. Selbständige und Beamte sind versicherungsberechtigt, letztere allerdings unter Verzicht auf die Beihilfeleistung, jedoch bei voller Zahlung eines „Arbeitgeberzuschusses" durch den Dienstherrn. Empfänger von Sozialhilfe sind zukünftig grundsätzlich pflichtversichert.

— Die Zahlung der Beiträge muß weiterhin nach dem Grundsatz der finanziellen Leistungsfähigkeit der Mitglieder erfolgen, nicht aber nach deren individuellen oder gruppenspezifischen gesundheitlichen Risiken. Die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung ist auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung anzuheben. Beitragszu- oder -abschläge bei Gewährung von Zusatzleistungen oder Leistungsausgrenzungen sind Elemente der privaten Krankenversicherung und mit dem Solidarprinzip unvereinbar. Sie sind ebenso unzulässig wie Wahltarife, Beitragsrückerstattungen und sonstige Tarifdifferenzierungen.

— Die Gewährung der Sachleistungen erfolgt weiterhin unabhängig von der Höhe der Beitragszahlung. Sie ist für alle Versicherten in vergleichbaren Fällen gleich, Leistungsdifferenzierungen sind unzulässig. Der Leistungskatalog wird gesetzlich festgelegt, dabei ist die rechtliche und tatsächliche Gleichstellung von körperlich Kranken und psychisch Kranken zu gewährleisten. Satzungsmehrleistungen entfallen zukünftig, gemeinsame regionale Modellvorhaben der Krankenkassen zur Verbesserung der Krankheitsvorbeugung und der gesundheitlichen Versorgung bleiben möglich.

— Alle Krankenkassen werden gleichberechtigt. Sonderrechte werden abgeschafft oder zu Allgemeinrechten für alle Krankenkassen ausgeweitet. Die Unterteilung von Krankenkassen in solche für Arbeiter und solche für Angestellte entfällt, sie widerspricht der notwendigen rechtlichen Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten in der Krankenversicherung.

— Die Krankenkassen müssen sich zur Steigerung der Leistungsfähigkeit zu größeren Einheiten zusammenschließen können. Die Versichertennähe muß dabei gewährleistet bleiben.

— Alle Krankenkassen oder Kassenarten richten überall dort, wo sie auf regionaler Ebene in den Gesundheitskonferenzen im Vertrags- und Planungsbereich Verantwortung tragen, zur Stärkung der Mitwirkung der Versicherten Selbstverwaltungsgremien neu ein, wenn bisher dort keine bestehen.

— Die Pflicht zur Mitgliedschaft in der Krankenversicherung umfaßt nicht die Zuweisung zu einer bestimmten Krankenkasse. Es wird lediglich bestimmt, daß der Betreffende gesetzlich krankenversichert sein muß, nicht aber in welcher Kasse. Alle Mitglieder entscheiden selbst, ob sie in einer in der Region bestehenden Ortskrankenkasse, in einer dort tätigen Ersatzkasse, in einer der dort ansässigen Betriebs- oder Innungskrankenkassen Mitglied werden wollen (freies Wahlrecht). Die Krankenkasse muß den Mitgliedschaftsbewerber aufnehmen. Er kann die Krankenkasse wieder verlassen und wechseln.

— Um prinzipielle Nachteile für einzelne Krankenkassen durch die Einführung des Wahlrechtes zu vermeiden, führen sie zuvor innerhalb ihrer Kassenart je einen bundesweiten Belastungsausgleich durch, der eine Vereinheitlichung der Beitragssätze innerhalb der jeweiligen Kassenart und eine Angleichung der Beitragssätze zwischen den Kassenarten bewirken soll. Der Belastungsausgleich muß jedoch Anreize für eine sparsame Wirtschaftsführung vor Ort bieten und darf nicht zu einer indirekten Bestandsgarantie für jede Krankenkasse werden. Mit ihm sollen nur diejenigen Unterschiede ausgeglichen werden, auf deren Entstehung die einzelne Krankenkasse keinen Einfluß hat.

Bonn, den 17. Januar 1990

Dr. Vogel und Fraktion

Druck: Thenée Druck KG, 5300 Bonn, Telefon 23 19 67
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (02 28) 36 35 51, Telefax (02 28) 36 12 75
ISSN 0722-8333